



## Istituto scolastico di Bellinzona

Zona Gialla

Via M. Comacini 2  
6500 BellinzonaTel: 058 203 33 00  
E-mail: zona.gialla@bellinzona.chDirezione  
Leonia Menegalli

## ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2022-2023

DATI ALLIEVO	Cognome e nome:		Primogenito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Data di nascita		Genere	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio
Lingua materna		Ev. seconda lingua		
Luogo di nascita <i>se straniero indicare la Nazione</i>		Domicilio <i>indirizzo e località</i>		
Nazionalità		Attinenza <i>per gli svizzeri</i>		

## Solo per stranieri

Tipo di permesso <i>B-C-D-G-F-N-S</i>	Scadenza	Entrata in CH
Indirizzo e località		Tel. principale

Il/la Signore/a	Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> <b>Iscrive</b>	<input type="checkbox"/> <b>Al 2° anno obbligatorio</b>	(nati tra l'1.8.2016 e il 31.7.2017)
	<input type="checkbox"/> <b>Al 1° anno obbligatorio</b>	(nati tra l'1.8.2017 e il 31.7.2018)
	<input type="checkbox"/> <b>Al 1° anno obbligatorio con deroga</b>	(nati tra l'1.8.2018 e il 30.9.2018)
	<input type="checkbox"/> <b>All'anno facoltativo</b>	(nati tra l'1.8.2018 e il 31.7.2019)
	<input type="checkbox"/> <b>All'anno facoltativo con deroga</b>	(nati tra l'1.8.2019 e il 30.9.2019)
	<i>Se iscrizione con deroga, allegare la lettera di motivazione</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Non iscrive</b>	<i>Se in obbligo scolastico, allegare la lettera di motivazione</i>	

## DATI GENITORI

Paternità	di	Maternità	di
Professione padre		Professione madre	
Autorità parentale		Situazione familiare	
<i>genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella</i>		<i>sposati - conviventi - divorziati/separati - monoparentale - unione registrata</i>	

## Recapiti padre

## Recapiti madre

Indirizzo		Indirizzo	
Località		Località	
Cellulare		Cellulare	
Tel. privato		Tel. privato	
Tel. professionale		Tel. professionale	
E-mail		E-mail	
Eventuale altro contatto telefonico (segnalare di chi)			

## Ev. tutore/curatore

Cognome e nome			
Indirizzo		Località	
Tel. privato		Cellulare	
Tel. professionale		E-mail	

|Luogo e data

|Firma genitore o rappresentante legale

**ALLERGIE O INTOLLERANZE - Presentare Progetto di Accoglienza Individualizzato (PAI) al più tardi entro fine aprile o al compimento dei 36 mesi**

**INFORMAZIONI SANITARIE**

Cassa malati		Medico curante	
Assicurazione infortuni		RC	
Osservazioni sanitarie			

**Fratelli o sorelle che frequentano le scuole comunali (scuola dell'infanzia o scuola elementare)**

Nome	Data di nascita	Classe/sezione	Docente	Sede Scolastica

**INFORMAZIONI ULTERIORI**

Il bambino è seguito da un servizio specialistico	Logopedia	<input type="checkbox"/>
	Psicomotricità	<input type="checkbox"/>
	Ergoterapia	<input type="checkbox"/>
	Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)	<input type="checkbox"/>
	Altri servizi (specificare)	

|Se il bambino è seguito da uno dei servizi riportati nel passaggio precedente, indicare una persona di riferimento:


Il bambino ha	Problemi di linguaggio	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà motorie	<input type="checkbox"/>
	Altre difficoltà	<input type="checkbox"/>

|Breve descrizione della difficoltà


**ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE**


Luogo e data		Firma genitore o rappresentante legale	
--------------	--	--	--